بشارت، محمدعلی؛ فرهمند، هادی؛ ابراهیمی، فاطمه (۱۳۹۹). نقش واسطه‌ای دشواری تنظیم هیجان در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه های افسردگی و اضطراب.
پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۰ (۲)،۴۴-۲۵.
DOI: 10.22067/tpccp.2021.36664.0

نقش واسطه‌ای دشواری تنظیم هیجان در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب

محمدعلی بشارت[۱]، هادی فرهمند[۲]، فاطمه ابراهیمی[۳]

تاریخ دریافت: ۹۹/۱/۳۰ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱/۱۶ نوع مقاله: پژوهشی

چکیده

هدف: هدف این پژوهش بررسی نقش واسطه‌ای دشواری تنظیم هیجان در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب بود.

روش: پژوهش حاضر از نوع همبستگی با مدل تحلیل مسیر بود. تعداد ۵۲۸ نفر (۲۷۴ زن، ۲۵۴ مرد) از دانشجویان دانشگاه تهران به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای انتخاب گردیدند. شرکت‌کنندگان مقیاس کمال‌گرایی چندبعدی تهران، مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس و مقیاس دشواری تنظیم هیجان را تکمیل کردند.

یافته‌ها: نتایج نشان دادند که مدل فرضی پژوهش با داده‌های تجربی برازش مطلوب دارند. کمال‌گرایی دیگر محور، کمال‌گرایی جامعه‌محور و دشواری تنظیم هیجان با نشانه‌های افسردگی و اضطراب همبستگی مثبت معنادار داشتند. نتایج تحلیل مسیر نشان داد که دشواری تنظیم هیجان در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب نقش واسطه‌ای دارند. درنظرگرفتن این متغیرها در زمینه‌ی پیشگیری، تشخیص و درمان نشانه‌های افسردگی و اضطراب مؤثر است و سطح سلامت روانی را در جمعیت عمومی ارتقا می‌بخشد.

واژه‌های کلیدی: کمال‌گرایی، تنظیم هیجان، افسردگی، اضطراب.

۱. استاد گروه روانشناسی، دانشگاه تهران، (نویسنده مسئول)، Besharat@ut.ac.ir
۲. دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، دانشگاه تهران، Hadifarahmand@ut.ac.ir
۳. دکتری روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس، Moonlight.ebrahimi@yahoo.com

مقدمه

افسردگی و اضطراب از شایع‌ترین بیماری‌های روانی محسوب می‌شوند. افسردگی اختلالی است که منجر به تغییراتی در خلق، افکار، رفتار و فعالیت فیزیکی فرد می‌گردد. این اختلال توانایی فرد برای لذت بردن از زندگی را کاهش می‌دهد و ظرفیت فرد برای عهده‌دار شدن ساده‌ترین تکالیف روزمره را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. طبق اعلام سازمان جهانی بهداشت[1] ۳۵۰ میلیون نفر از این اختلال روانی رنج می‌برند (Fekadu et al., 2017). بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۳ شمار افرادی که از افسردگی و یا اضطراب رنج می‌برده‌اند نزدیک به ۵۰ درصد افزایش یافته است. تقریباً ۱۰ درصد از جمعیت جهان به یک یا هردوی این اختلالات مبتلا هستند (Vigo et al., 2016). اضطراب نوعی پاسخ به استرس همراه با ویژگی‌های جسمانی و روان‌شناختی است. هنگامی‌که یک موقعیت خطرناک ادراک می‌شود اضطراب فرد را برای مواجهه با بحران احتمالی به وسیله گوش‌به‌زنگ نگه‌داشتن بدن، آماده می‌کند. اما اثرات فیزیکی آن می‌تواند زیان‌بخش بوده و منجر به سرگیجه، تهوع، اسهال و تکرر ادرار گردد و تداوم آن می‌تواند برای سلامت جسمی و روانی فرد آسیب‌زا باشد. اضطراب همچنین از عوامل بیماری‌های مزمنی چون اختلالات تنفسی مزمن، بیماری‌های قلبی و شرایط معده‌ای- روده‌ای محسوب می‌شود(Kiernan, 2017).در سبب‌شناسی افسردگی و اضطراب نقش عوامل مختلفی از قبیل اثرات ژنتیکی و خانوادگی (Barlow, 2015)، سبک دلبستگی ناایمن (Scheffold et al., 2018)، رویدادهای زندگی و استرس‌های محیطی (Sadock, 2015)، سبک‌های فرزندپروری (Adubale, 2017) و مشکلات بین فردی (Altenstein-Yamanaka et al., 2017) تأیید شده است.

یکی از متغیرهای تأثیرگذار بر پدیدآیی و یا تداوم نشانه‌های افسردگی و اضطراب، کمال‌گرایی[2] است (Besharat & Farahman, 2017; Besharat et al., 2014; Chang, 2017; Lasota & Kearney, 2017; Lessin & Pardo, 2017; Smith et al., 2017) کمال‌گرایی یک خصیصه شخصیتی است که با تلاش برای بی‌نقص بودن، تعیین معیارهای شخصی عالی و واکنش منفی افراطی به شکست و اشتباه ادراک‌شده مشخص می‌شود (Flett & Hewitt, 2002; Frost & Marten, 1990; Smith et al., 2017). هویت و فلت (Hewitt & Flett, 1991) سه بعد کمال‌گرایی شامل خودمحور[3]، دیگر محور[4] و جامعه‌محور[5] را متمایز کردند. کمال‌گرایی خودمحور با تعیین معیارهای غیرواقع‌بینانه، خود تحمیل‌شده و به شکل افراطی

1. World Health Organization (WHO)
2. Perfectionism
3. Self-Oriented
4. Other-Oriented
5. Socially Prescribed Perfectionism

بالا مرتبط است؛ معیارهایی که شخص کمال‌گرا احساس می‌کند باید آن‌ها را محقق سازد. کمال‌گرایی دیگر محور به خواست فرد کمال‌گرا مبنی بر برآورده ساختن معیارهای عالی و غیرواقعی توسط دیگران اشاره دارد. کمال‌گرایی جامعه‌محور به این باور اشاره دارد که دیگران انتظاراتی افراطی از شخص دارند که برآورده ساختن آن‌ها غیرممکن است، اما به خاطر کسب تصدیق و پذیرش باید به آن‌ها دست یافت.

کمال‌گرایی هم می‌تواند بهنجار و هم نابهنجار باشد. یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند که عموماً ابعاد دیگرمحور و جامعه‌محور با افسردگی و اضطراب رابطه دارند (Besharat & Farahman, 2017; Besharat et al., 2014; Lessin & Pardo, 2017; Smith et al., 2017; Stoeber & Otto, 2006). کمال‌گرایی جامعه‌محور یک عامل پذیرفته‌شده در آسیب‌پذیری نسبت به نشانه‌های افسردگی است. با ترسیم یک مدل وجودی کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی، می‌توان گفت که دشواری در پذیرش گذشته (نگریستن به تجارب زندگی به‌گونه‌ای منسجم، قابل پذیرش، ارضاء کننده و معنادار) تصریح می‌کند که چه موقع و چرا کمال‌گرایی جامعه‌محور با نشانه‌های افسردگی ارتباط پیدا می‌کند. افرادی که در مقیاس کمال‌گرایی جامعه‌محور نمره بالایی کسب می‌کنند به این دلیل که در تحکیم تجارب زندگی‌شان به‌عنوان یک داستان معنادار شخصی تعارض دارند، متحمل نشانه‌های افسردگی می‌شوند (Sherry, 2015). نتایج پژوهش چا (Cha, 2016) نشان داد که کمال‌گرایانی که تصور می‌کردند برای دیگران اهمیت ندارند و دیگران به آن‌ها توجهی ندارند حرمت خود پایین‌تر و در نتیجه افسردگی بالاتری داشتند. رابطه مؤلفه‌های دیگر کمال‌گرایی مثل نگرانی در مورد اشتباهات و تردید در مورد اعمال (Chang, 2017; Lasota & Kearney, 2017; Smith et al., 2017) نیز با نشانه‌های افسردگی و اضطراب تأیید شده است.

تنظیم هیجان به ظرفیت نظارت، ارزیابی، فهم و اصلاح واکنش‌های هیجانی به شیوه‌ای که برای عملکرد بهنجار سودمند باشد، اشاره دارد (Eisenberg et al., 2000; Gratz & Roemer, 2004; Gross, 2014). دشواری تنظیم هیجان با انواع پیامدهای منفی شامل نشانه‌های افسردگی، اضطراب، سوءمصرف مواد، پرخاشگری و افکار خودکشی همراه است (D’Avanzato et al., 2013; Macedo et al., 2017; Macedo, 2017)، راهبردهای غیر انطباقی تنظیم هیجان نقش اساسی در شکل‌گیری و تداوم اختلال‌های روان‌شناختی دارند (Aldao et al., 2010; Cisler et al., 2010).

بر اساس نتایج مطالعات موجود، افرادی که از راهبردهای غیر انطباقی تنظیم هیجان همچون نشخوارگری و سرزنش استفاده می‌کنند در مقایسه با کسانی که از راهبردهای انطباقی استفاده می‌کنند، در برابر آشفتگی‌های روانی آسیب‌پذیرترند (Ehring, 2010). همچنین نشان داده شده است که راهبردهای غیر

انطباقی تنظیم شناختی هیجان همچون فرونشانی، اجتناب و نشخوار فکری، سهم معنی‌داری در پیش‌بینی سطوح پایین عواطف و احساسات مثبت همچون شادکامی و سلامت ذهنی دارند (Quoidbach, 2010).

محتوای افکار کمال‌گرایان، معمولاً شامل درون‌مایه‌هایی[1] از شکست، تردید در مورد اعمال و عدم اطمینان از دستیابی به اهداف مهم شخصی است. مخصوصاً نشخوار با تردید در مورد اعمال و نگرانی از اشتباهات مرتبط است و افرادی که انتقاد والدینی را تجربه می‌کنند، توجه خود را بر اشتباهاتشان معطوف می‌کنند که منجر به گسترش و حفظ عاطفه منفی می‌گردد (Montano et al., 2016; Rudolph et al., 2007).

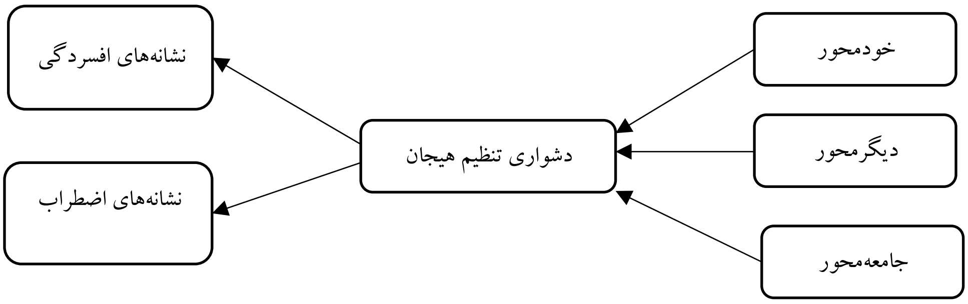
یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند که کمال‌گرایی با دشواری تنظیم هیجان و سطوح بالای فاجعه پنداری و نشخوار (Macedo, 2017) و سطوح پایین برنامه‌ریزی و ارزیابی مجدد مثبت و تمرکز مجدد مثبت (Castro et al., 2017) رابطه دارد. شواهد حاکی از آن است که افراد افسرده و مضطرب دشواری تنظیم هیجان بیشتری را نسبت به افراد بهنجار گزارش می‌کنند.

این بیماران، آگاهی هیجانی پایین، ابراز هیجان تنظیم نشده و استفاده کمتر از راهبردهای مدیریت هیجان را نشان می‌دهند (Klemanski et al., 2017). نتایج فراتحلیل شافر و همکاران (Schafer et al., 2017) نشان داد که ارزیابی مجدد شناختی، حل مسئله و پذیرش به‌عنوان راهبردهای بهنجار تنظیم هیجان با افسردگی و اضطراب رابطه منفی و اجتناب، فرونشانی و نشخوار به‌عنوان راهبردهای نابهنجار تنظیم هیجان با افسردگی و اضطراب رابطه مثبت دارند.

برآیند نتایج پژوهش‌های پیشین در خصوص رابطه ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب، این رابطه را تأیید کرده‌اند. یکی از هدف‌های پژوهش حاضر تکرار بررسی این رابطه است؛ اما آیا رابطه کمال‌گرایی با نشانه‌های افسردگی و اضطراب یک رابطه خطی ساده است یا متغیرهای روان‌شناختی دیگری ممکن است در این رابطه نقش واسطه‌ای یا تعدیل‌کننده داشته باشند؟

بر این اساس، هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی نقش واسطه‌ای دشواری تنظیم هیجان در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی با نشانه‌های افسردگی و اضطراب است. بررسی این نقش هم پاسخ پرسشی مطرح شده را مشخص می‌کند و هم به‌عنوان یافته‌ی جدید پژوهش حاضر، می‌تواند به دانش آسیب‌شناختی ما در رابطه با مکانیسم‌های آسیب‌زایی کمال‌گرایی بیفزاید.

1. Theme



شکل ۱- مدل فرضی نقش واسطه‌ای دشواری تنظیم هیجان در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب

فرضیه‌های این پژوهش به این شرح آزمون می‌شوند: فرضیه اول) بین کمال‌گرایی دیگر محور و جامعه‌محور و نشانه‌های افسردگی و اضطراب رابطه مثبت وجود دارد؛ فرضیه دوم) بین دشواری تنظیم هیجان و نشانه‌های افسردگی و اضطراب رابطه مثبت وجود دارد؛ فرضیه سوم) بین کمال‌گرایی دیگر محور و جامعه‌محور و دشواری تنظیم هیجان رابطه مثبت وجود دارد؛ فرضیه چهارم) دشواری تنظیم هیجان در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب نقش واسطه‌ای دارد. شکل ۱- مدل فرضی پژوهش برای نقش واسطه‌ای اهمال‌کاری در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب را نشان می‌دهد.

روش

طرح پژوهش، جامعه، نمونه و روش اجرای پژوهش

طرح پژوهش حاضر از نوع همبستگی با مدل تحلیل مسیر بود و جامعه آماری مورد بررسی در این پژوهش، کلیه دانشجویان شاغل به تحصیل در دانشگاه تهران در سال تحصیلی ۱۳۹۵-۱۳۹۴ بودند. تعداد ۵۲۸ نفر (۲۷۴ زن، ۲۵۴ مرد) از دانشجویان دانشگاه تهران در این پژوهش شرکت کردند. این تعداد بر اساس نظر پژوهشگر و با استفاده از جدول مورگان انتخاب گردید. انتخاب نمونه به روش تصادفی خوشه‌ای صورت گرفته است. از بین دانشکده‌های دانشگاه تهران دانشکده‌های فنی، هنر، مدیریت، روانشناسی، الهیات و جغرافیا به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. سپس از هر دانشکده ۷ کلاس به تصادف انتخاب و پس از جلب رضایت دانشجویان، از آن‌ها برای شرکت در پژوهش درخواست شد. شرایط شرکت در پژوهش عبارت بود از: اشتغال به تحصیل در دانشگاه تهران، نداشتن سابقه بیماری روانی یا بستری در بیمارستان و عدم استفاده از داروی روان‌پزشکی. به شرکت‌کنندگان در مورد محرمانه بودن اطلاعات اطمینان داده شد و توضیح مختصری درباره نحوه پر کردن پرسشنامه داده شد. برای کنترل اثر خستگی و ترتیب، پرسشنامه‌ها در دو فرم متفاوت با نظم و

ترتیب متفاوت ارائه شد. ابزار سنجش به شرح زیر در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت.

ابزار سنجش

مقیاس کمال‌گرایی چندبعدی تهران

مقیاس کمال‌گرایی چندبعدی تهران[1] یک آزمون ۳۰ سؤالی است و بر اساس مقیاس‌های قبلی(Flett & Hewitt, 2002; Frost & Marten, 1990; Hewitt & Flett, 1991) توسط بشارت(Besharat, 2011) به فارسی ساخته شده است. این مقیاس، سه بعد کمال‌گرایی خودمحور، کمال‌گرایی دیگر محور و کمال‌گرایی جامعه‌محور را در اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرت از نمره‌ی ۱ تا ۵ می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در زیرمقیاس‌های سه گانهٔ آزمون به ترتیب ۱۰ و ۵۰ است. ضرایب آلفای کرونباخ زیر مقیاس‌های کمال‌گرایی خودمحور، کمال‌گرایی دیگر محور و کمال‌گرایی جامعه‌محور در نمونه‌ای متشکل از پانصد دانشجوی دانشگاه تهران، به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۹۱ و ۰/۸۱ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی[2] خوب مقیاس است. ضرایب همبستگی بین نمره‌های ۷۸ نفر از آزمودنی‌ها در دو نوبت با فاصله دو تا چهار هفته برای سنجش پایایی بازآزمایی[3] محاسبه شد. این ضرایب برای کمال‌گرایی خودمحور، کمال‌گرایی دیگر محور و کمال‌گرایی جامعه‌محور به ترتیب r= ۰/۸۵، r= ۰/۷۹ و r= ۰/۸۴ در سطح $p < ۰/۰۰۱$ معنادار بودند که نشانه پایایی بازآزمایی رضایت‌بخش مقیاس است. روایی همزمان مقیاس کمال‌گرایی چندبعدی تهران از طریق اجرای همزمان مقیاس مشکلات بین شخصی[4] (Horowitz et al., 1988)، مقیاس سلامت روانی[5] (Veit & Ware, 1983) و زیر مقیاس‌های نوروز گرایی و برونگرایی مقیاس شخصیتی (Costa Jr & McCrae, 2008) در مورد آزمودنی‌ها محاسبه شد. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره آزمودنی‌ها در زیر مقیاس کمال‌گرایی خودمحور با مشکلات بین شخصی (۰/۴۴)، بهزیستی روان‌شناختی (۰/۶۲−)، درماندگی روان‌شناختی (۰/۰۵۹) و نوروزگرایی (۰/۷۴) در سطح ۰/۰۰۱ □ p همبستگی معنادار وجود دارد. نتایج همچنین نشان داد که بین نمره آزمودنی‌ها در زیر مقیاس کمال‌گرایی دیگر محور با مشکلات بین شخصی (۰/۱۹)، بهزیستی روان‌شناختی (۰/۳۵−)، درماندگی روان‌شناختی (۰/۲۶)، نوروزگرایی (۰/۰۲۵) و برون‌گرایی (۰/۲۲−) و بین نمره آزمودنی‌ها در زیر مقیاس کمال‌گرایی جامعه‌محور با بهزیستی روان‌شناختی (۰/۲۹−)، نوروزگرایی (۰/۲۷) و برون‌گرایی (۰/۴۴−) در سطح ۰/۰۰۱ □ p

1. Tehran Multidimensional Perfectionism Scale
2. Internal Consistency
3. Test-Retest Reliability
4. Inventory of Interpersonal Problems
5. Mental Health Inventory

همبستگی معنادار وجود دارد. این نتایج روایی همزمان مقیاس کمال‌گرایی چندبعدی تهران را تأیید می‌کنند (Besharat, 2011).

مقیاس افسردگی اضطراب استرس

مقیاس افسردگی اضطراب استرس[1] لوی باند و لوی باند (Lovibond & Lovibond, 1995) یک آزمون ۲۱ سؤالی است که علائم افسردگی، اضطراب و استرس را در مقیاس چهار درجه‌ای از نمره ۰ تا ۳ می‌سنجد. این آزمون از سه زیرمقیاس افسردگی، اضطراب و استرس تشکیل شده است. نمره فرد در هر مقیاس بر حسب هفت گویه مختص آن مقیاس سنجیده می‌شود. این مقیاس یکی از ابزارهای معتبر برای سنجش نشانه‌های عواطف منفی محسوب می‌شود و پایایی[2] و روایی[3] آن در پژوهش‌های متعدد تأیید شده است(Besharat, 2005; Lovibond, 1998; Lovibond & Lovibond, 1995; Norton, 2007). بشارت (Besharat, 2005) ضرایب آلفای کرونباخ مقیاس افسردگی اضطراب استرس را در مورد نمره نمونه‌هایی از جمعیت عمومی (n= ۲۷۸) ۰/۸۷ برای افسردگی، ۰/۸۵ برای اضطراب، ۰/۸۹ برای استرس و ۰/۹۱ برای کل مقیاس گزارش کرده است. این ضرایب در خصوص نمره نمونه‌های بالینی (n = ۱۹۴) ۰/۸۹ برای افسردگی، ۰/۹۱ برای اضطراب، ۰/۸۷ برای استرس و ۰/۹۳ برای کل مقیاس گزارش شده است. این ضرایب، همسانی درونی مقیاس افسردگی اضطراب استرس را در حد خوب تأیید می‌کنند. روایی همزمان[4]، همگرا[5] و تشخیصی (افتراقی)[6] مقیاس افسردگی اضطراب استرس از طریق اجرای همزمان مقیاس افسردگی بک[7] (Beck, 1979)، مقیاس اضطراب بک[8] (Beck et al., 1988)، فهرست عواطف مثبت و منفی[9] (Watson et al., 1988) و مقیاس سلامت روانی (Veit & Ware, 1983) در مورد آزمودنی‌ها و مقایسه نمره‌های دو گروه جمعیت عمومی و بالینی محاسبه شد و مورد تأیید قرار گرفت (Besharat, 2005). نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره آزمودنی‌ها در مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس با نمره‌های افسردگی بک، اضطراب بک، عواطف منفی و درماندگی روان‌شناختی همبستگی مثبت معنادار از ۰/۴۴ تا ۰/۶۱ (p <۰/۰۰۱) و با عواطف مثبت و بهزیستی روان‌شناختی همبستگی منفی معنادار از ۰/۴۱ تا ۰/۵۸ (p < ۰/۰۰۱) وجود دارد. این نتایج روایی همزمان، همگرا و تشخیصی مقیاس افسردگی اضطراب استرس را تأیید می‌کنند.

1. Depression Anxiety Stress Scale (DASS)
2. Reliability
3. Validity
4. Concurrent
5. Convergent
6. Discriminant
7. Beck Depression Inventory
8. Beck Anxiety Scale
9. Positive and Negative Affect Schedule

مقیاس دشواری تنظیم هیجان

مقیاس دشواری تنظیم هیجان[1] (Gratz & Roemer, 2004) یک ابزار ۳۶ گویه‌ای است که سطوح نقص و نارسایی تنظیم هیجانی فرد را در اندازه‌های پنج درجه‌ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) در شش زمینه به شرح زیر می‌سنجد: عدم پذیرش هیجان‌های منفی[2]، دشواری در انجام رفتارهای هدفمند[3] مواقع درماندگی، دشواری در مهار رفتارهای تکانشی[4] مواقع درماندگی، دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان[5]، فقدان آگاهی هیجانی[6] و فقدان شفافیت هیجانی[7]. از مجموع نمره شش زیر مقیاس آزمون، نمره کل فرد برای دشواری تنظیم هیجان محاسبه می‌شود. نمره بیشتر در هر یک از زیرمقیاس‌ها و کل مقیاس، نشانه دشواری بیشتر در تنظیم هیجان است. ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس دشواری تنظیم هیجان شامل همسانی درونی، پایایی بازآزمایی و روایی سازه و پیش‌بین در نمونه‌های بالینی و غیر بالینی در پژوهش‌های خارجی تأیید شده است (Gratz & Roemer, 2004; Gratz et al., 2006; Gratz & Tull, 2010). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس دشواری تنظیم هیجان در نمونه‌های بالینی (n = ۱۸۷) و غیر بالینی (n = ۷۶۳)، مورد بررسی و تأیید قرارگرفته‌اند(Besharat, 2014; Besharat, 2007). در این پژوهش‌ها، ضرایب آلفای کرونباخ برای پرسش‌های عدم پذیرش هیجان‌های منفی از ۰/۷۳ تا ۰/۸۸، برای دشواری در انجام رفتارهای هدفمند از ۰/۷۲ تا ۰/۸۹، برای دشواری در مهار رفتارهای تکانشی از ۰/۷۵ تا ۰/۹۰، برای دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان از ۰/۷۶ تا ۰/۸۵، برای فقدان آگاهی هیجانی از ۰/۷۲ تا ۰/۸۶، برای فقدان شفافیت هیجانی از ۰/۷۷ تا ۰/۹۰، و برای نمره کل مقیاس از ۰/۷۹ تا ۰/۹۲ به دست آمد. این ضرایب همسانی درونی نسخه فارسی مقیاس دشواری تنظیم هیجان را تأیید می‌کنند. پایایی بازآزمایی مقیاس دشواری تنظیم هیجان برای نمونه‌های بالینی (n = ۸۵) و غیر بالینی (n = ۱۵۶) در دو نوبت با فاصله‌های ۴ تا ۶ هفته برای پرسش‌های عدم پذیرش هیجان‌های منفی از ۰/۷۰ تا ۰/۸۳، برای دشواری در انجام رفتارهای هدفمند از ۰/۷۰ تا ۰/۸۵، برای دشواری در مهار رفتارهای تکانشی از ۰/۷۲ تا ۰/۸۶، برای دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان از ۰/۶۹ تا ۰/۷۸، برای فقدان آگاهی هیجانی از ۰/۶۸ تا ۰/۸۰، برای فقدان شفافیت هیجانی از ۰/۷۳ تا ۰/۸۵، و برای نمره کل مقیاس از ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ به دست آمد. این ضرایب که همه در سطح $p < ۰/۰۰۱$ معنادار هستند، پایایی بازآزمایی مقیاس دشواری تنظیم هیجان را تأیید

1. Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)
2. Nonacceptance of Negative Emotions
3. Difficulties Engaging in Goal-Directed Behaviors
4. Difficulties Controlling Impulsive Behaviors
5. Limited Access to Effective Emotion Regulation Strategies
6. Lack of Emotional Awareness
7. Lack of Emotional Clarity

می‌کنند. روایی همگرا و تشخیصی (افتراقی) مقیاس دشواری تنظیم هیجان از طریق اجرای همزمان مقیاس سلامت روانی (Besharat, 2006; Veit & Ware, 1983) ، پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان[1] (Besharat, 2014؛ Garnefski, & Kraaij, 2006) و فهرست عواطف مثبت و منفی (Watson et al., 1988) در مورد نمونه‌های مختلف از دو گروه بالینی و غیر بالینی محاسبه شد و مورد تأیید قرار گرفت (Besharat, 2014; Besharat, 2007). برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد برای توصیف متغیرهای مورد مطالعه استفاده شد و از ضریب همبستگی پیرسون برای بررسی میزان رابطه‌ی دو به دو متغیرها و برای برازش مدل و بررسی اثرات مستقیم و غیرمستقیم بین متغیرها در مدل نظری تحقیق از مدل تحلیل مسیر استفاده گردید. برای تجزیه‌وتحلیل آماری داده‌ها از نرم‌افزار SPSS- 24و LISREL 8.80 استفاده گردید.

یافته‌ها

از مجموع ۵۲۸ نفر نمونه مورد بررسی ۲۷۴ نفر زن و ۲۵۴ نفر مرد بودند. میانگین سن پسران ۲۲/۶، دختران ۲۱/۴ و کل نمونه ۲۲ سال بود. انحراف استاندارد سن پسران (۳/۳۰)، سن دختران (۳/۰۳) و سن کل شرکت‌کنندگان (۳/۲۲) بود. میانگین و انحراف استاندارد ابعاد کمال‌گرایی، دشواری تنظیم هیجان و نشانه‌های افسردگی و اضطراب در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد ابعاد کمال‌گرایی، دشواری تنظیم هیجان و نشانه‌های افسردگی و اضطراب

متغیر	دختر		پسر		کل	
	M	SD	M	SD	M	SD
کمال‌گرایی خودمحور	۳۱/۲۴	۷/۹۶	۳۱/۶۲	۷/۳۸	۳۱/۴۲	۷/۶۸
کمال‌گرایی دیگر محور	۲۸/۷۹	۸/۸۸	۲۹/۹۶	۸/۷۵	۲۹/۳۵	۸/۸۳
کمال‌گرایی جامعه‌محور	۲۴/۹۶	۸/۵۷	۲۶/۵۳	۸/۳۵	۲۵/۷۱	۸/۴۹
دشواری تنظیم هیجان	۹۴/۷۳	۲۱/۵۱	۹۰/۹۷	۲۰/۵۵	۹۲/۹۲	۲۱/۱۲
نشانه‌های افسردگی	۴/۹۹	۵	۴/۹۱	۴/۶۵	۴/۹۵	۴/۸۳
نشانه‌های اضطراب	۲/۹۲	۳/۲۹	۲/۹۲	۳/۲۰	۲/۹۲	۳/۲۴

با توجه به جدول ۱ کمال‌گرایی خودمحور در دختران و کمال‌گرایی دیگر محور و جامعه‌محور در پسران بالاتر است. همچنین دشواری تنظیم هیجان و نشانه‌های افسردگی نیز در دختران عدد بالاتری را به خود اختصاص داده است.

1. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire

ضرایب همبستگی پیرسون بین ابعاد کمال‌گرایی، دشواری تنظیم هیجان و نشانه‌های افسردگی و اضطراب در جدول ۲ نشان داده شده است.

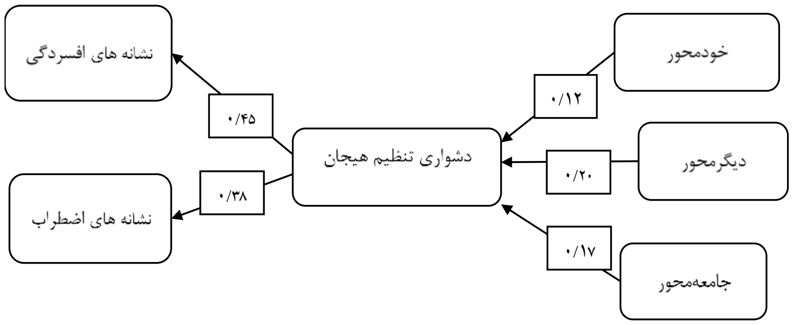
جدول ۲: ضرایب همبستگی پیرسون بین ابعاد کمال‌گرایی، دشواری تنظیم هیجان و نشانه‌های افسردگی و اضطراب

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵
۱- کمال‌گرایی خودمحور	۱				
۲- کمال‌گرایی دیگر محور	۰/۰۵	۱			
۳- کمال‌گرایی جامعه‌محور	*۰/۱۰	**۰/۶۲	۱		
۴- دشواری تنظیم هیجان	**۰/۱۲	**۰/۳۰	**۰/۳۰	۱	
۵- نشانه‌های افسردگی	-۰/۰۱	**۰/۳۸	**۰/۳۰	**۰/۵۲	۱
۶- نشانه‌های اضطراب	۰/۰۷	**۰/۳۱	**۰/۴۱	**۰/۴۷	**۰/۶۱

$*p < ۰/۰۵$، $**p < ۰/۰۱$

بر اساس این نتایج، بین کمال‌گرایی دیگر محور و جامعه‌محور با دشواری تنظیم هیجان و نشانه‌های افسردگی و اضطراب همبستگی مثبت معنادار وجود دارد. همچنین بین دشواری تنظیم هیجان و نشانه‌های افسردگی و اضطراب همبستگی مثبت معنادار وجود دارد.

برای بررسی نقش واسطه‌ای دشواری تنظیم هیجان در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب از تحلیل مسیر استفاده شد (شکل ۲).



شکل ۲: ضرایب استاندارد مسیرهای مستقیم برای مدل فرضی نقش واسطه‌ای دشواری تنظیم هیجان در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب

جدول ۳ ضرایب غیراستاندارد، استاندارد و میزان معناداری مسیرهای مستقیم برای مدل فرضی نقش واسطه‌ای دشواری تنظیم هیجان در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب را نشان می‌دهد.

جدول ۳: ضرایب غیراستاندارد، استاندارد و میزان معناداری مسیرهای مستقیم برای مدل فرضی نقش واسطه‌ای دشواری تنظیم هیجان در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب

مسیرها	B	β	t
اثر کمال‌گرایی خودمحور بر دشواری تنظیم هیجان	۰/۳۲	–۰/۱۲**	۲/۸۶
اثر کمال‌گرایی خودمحور بر نشانه‌های افسردگی	۰/۰۶	–۰/۰۹**	۲/۶۰
اثر کمال‌گرایی خودمحور بر نشانه‌های اضطراب	۰/۰۱	–۰/۰۱	–۰/۲۹
اثر کمال‌گرایی دیگر محور بر دشواری تنظیم هیجان	۰/۴۹	۰/۲۰**	۳/۸۹
اثر کمال‌گرایی دیگر محور بر نشانه‌های افسردگی	۰/۱۲	۰/۲۳**	۴/۸۷
اثر کمال‌گرایی دیگر محور بر نشانه‌های اضطراب	۰/۰۲	۰/۰۵	–۰/۰۳
اثر کمال‌گرایی جامعه‌محور بر دشواری تنظیم هیجان	۰/۴۲	۰/۱۷**	۳/۱۹
اثر کمال‌گرایی جامعه‌محور بر نشانه‌های افسردگی	۰/۰۲	۰/۰۴	۰/۸۱
اثر کمال‌گرایی جامعه‌محور بر نشانه‌های اضطراب	۰/۱۲	۰/۳۱**	۶/۴۳
اثر دشواری تنظیم هیجان بر نشانه‌های افسردگی	۰/۱۰	۰/۴۵**	۱۱/۷۰
اثر دشواری تنظیم هیجان بر نشانه‌های اضطراب	۰/۰۶	۰/۳۸**	۹/۷۲

*p < ۰/۰۵ ،** p < ۰/۰۱

با توجه به جدول ۳ و بر اساس نتایج تحلیل مسیر به جز اثر کمال‌گرایی خودمحور بر نشانه‌های اضطراب، اثر کمال‌گرایی دیگر محور بر نشانه‌های اضطراب و اثر کمال‌گرایی جامعه‌محور بر نشانه‌های افسردگی بقیه مسیرها معنادار شدند. در این پژوهش میزان ضریب تعیین (R^2) برای نشانه‌های افسردگی و اضطراب برابر ۰/۳۳ است؛ یعنی کل مدل می‌تواند به میزان ۰/۳۳ تغییرات نشانه‌های افسردگی و اضطراب را تبیین کند.

جدول ۴ شاخص‌های نیکویی برازش برای مدل فرضی نقش واسطه‌ای دشواری تنظیم هیجان در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب را نشان می‌دهد.

جدول ۴: شاخص‌های نیکویی برازش برای مدل فرضی نقش واسطه‌ای دشواری تنظیم هیجان در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب

RMR	NFI	CFI	AGFI	GFI	RMSEA	df	p	X^2
۰/۰۲	۰/۸۹	۰/۹۵	۰/۹۰	۰/۹۹	۰/۰۱	۱	۰/۴۸	۱/۴۸

با توجه به شاخص‌های برازش که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، مدل فرضی پژوهش از برازش مطلوب برخوردار است. چرا که نسبت X2/df باید کوچک‌تر از ۲ باشد که در مدل موردنظر این مفروضه

برقرار است. همین‌طور ریشه خطای میانگین مجذورهای تقریب[1] جهت برازش مطلوب باید کمتر از ۰/۰۵ باشد که در این مدل ۰/۰۱ است. میزان مؤلفه‌های شاخص برازندگی[2]، شاخص تعدیل‌شده برازندگی[3]، شاخص برازندگی هنجار شده[4] و شاخص برازندگی تطبیقی[5] نیز باید بیشتر از ۰/۹ باشد که در مدل تحت بررسی تمام این شاخص‌ها تقریباً نزدیک ۱ است و نشان از برازش مطلوب مدل دارد. همچنین مقدار ریشه میانگین باقی‌مانده[6] نیز باید کوچک‌تر از ۰/۰۵ باشد که در مدل تحت بررسی این مقدار ۰/۰۲ است. درمجموع این شاخص‌ها نشان می‌دهند که مدل ارائه‌شده مدل مطلوبی است و به‌خوبی با داده‌های تجربی مطابقت دارد. همچنین در این مدل‌ها میزان *p*-value نباید معنادار باشد تا با فرض تطبیق مدل فرضی با مدل تجربی، هماهنگ باشد که همین‌طور است.

نتیجه

هدف از پژوهش بررسی نقش واسطه‌ای دشواری تنظیم هیجان در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب بود. بر اساس یافته‌های به دست آمده بین کمال‌گرایی دیگر محور و جامعه‌محور با نشانه‌های افسردگی و اضطراب رابطه مثبت وجود داشت. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین (Besharat & Farahman, 2017; Besharat et al., 2014; Chang, 2017; Lasota & Kearney, 2017; Lessin & Pardo, 2017; Sherry, 2015; Smith et al., 2017) مطابقت می‌کند و بر حسب چند احتمال به این شرح تبیین می‌شود. افراد مضطرب برای پیش‌گیری از خطرات احتمالی نیاز دارند که محیطشان را کنترل کنند. آن‌ها فکر می‌کنند که اشتباهات کنترلشان را کاهش می‌دهد؛ بنابراین، هر کاری که انجام می‌دهند باید کامل باشد. هنگامی‌که این کمال وجود نداشته باشد، نگرانی از خطاها شدیدتر می‌شود و افزایش اضطراب را به دنبال دارد که خود این اضطراب متقابلاً کارایی را کاهش و مجدداً احتمال خطاهای جدید را افزایش می‌دهد. در خصوص افراد مضطرب، اگر هر چیزی در نظم کامل و طبق برنامه‌شان پیش نرود ممکن است احساس فقدان[7] را برای آن‌ها به دنبال داشته باشد. هرگونه انحرافی از نرمال بودن و برنامه از پیش مقرر شده، اضطراب، بلاتکلیفی و هیجان‌های منفی را در این افراد به همراه دارد. این افراد منظم، دقیق و وظیفه‌شناس هستند و اگر تکلیف را تا آخر به شکل کامل انجام ندهند آرام و قرار نمی‌گیرند. بدین

1. Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)
2. Goodness of Fit Index (GFI)
3. Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)
4. Normed Fit Index (NFI)
5. Comparative Fit Index (CFI)
6. Root Mean Square Residual (RMR)
7. Lost

ترتیب آن‌ها نمرات بالایی در ابعاد کمال‌گرایی از قبیل حساسیت نسبت به اشتباهات و نیاز به تحسین می‌گیرند. عقیده دیگران برای افراد مضطرب بسیار مهم است (کمال‌گرایی جامعه‌محور). آن‌ها نیاز دارند که دوست داشته و تحسین شوند؛ تمایل به تحسین تأییدی بر کارهایشان است که کاهش اضطراب را برای آن‌ها به دنبال دارد (Lessin & Pardo, 2017). کمال‌گرایانی که تصور کنند برای دیگران اهمیت ندارند و دیگران به آن‌ها توجهی ندارند، حرمت خود پایین‌تر و در نتیجه افسردگی بالاتری دارند (Cha, 2016). دشواری کمال‌گرایان جامعه‌محور برای پیدا کردن معنا و رضایت از تجارب زندگی‌شان نیز آن‌ها را در مقابل نشانه‌های افسردگی آسیب‌پذیر می‌سازد. خود موشکافی[1] شدید، انتظارت غیرواقع‌بینانه و ناتوانی در پذیرش شکست‌های ادراک‌شده، کمال‌گرایان جامعه‌محور را با دشواری در پذیرش تجارب گذشته مواجه می‌سازد. همچنین تلاش برای برآورده ساختن انتظارات دیگران، یافتن تجاربی بامعنا و ارزش را برای این افراد ناممکن می‌سازد و کشمکش برای تحکیم داستان زندگی پیامدهایی از قبیل حرمت خود پایین و افسردگی را در پی دارد (Sherry, 2015).

همچنین نتایج نشان داد که بین دشواری تنظیم هیجان و نشانه‌های افسردگی و اضطراب رابطه مثبت وجود دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین (Castro et al., 2017; D’Avanzato et al., 2013; Macedo et al., 2017)، همسو است و بر حسب چند احتمال به این شرح تبیین می‌شود. برخی از راهبرهای تنظیم هیجان با آسیب روانی مثل اضطراب و افسردگی همراه است. یکی از این راهبردها نشخوار است که با پیامدهای منفی برای خلق و عملکرد افراد همراه است که با تفکر مکرر درباره حالت خلقی منفی و دلایل و پیامدهای آن مشخص می‌شود. نشخوار با فعال کردن شناخت‌های منفی در حافظه مرتبط است و می‌تواند منجر به گوشه‌گیری از روابط بین فردی و در نتیجه مشکلات هیجانی از قبیل اضطراب و افسردگی گردد (Castro et al., 2017). فرونشانی ابراز هیجان به‌عنوان دیگر راهبرد سازش نایافته تنظیم هیجان با تلاش فرد برای پنهان کردن، بازداری و کاهش ابراز هیجان همراه است (D’Avanzato et al., 2013). ارزیابی مجدد شناختی یکی از راهبردهای سازش یافته تنظیم هیجان است که در آن فرد تلاش می‌کند تا یک موقعیت فرا خواننده هیجان را به شیوه‌ای که معنا و تأثیر هیجانی آن تغییر یابد مجدداً تفسیر کند. افرادی که در تنظیم هیجان مشکل دارند در مواجهه با شکست‌های جزئی نیز خود را سرزنش می‌کنند و در نتیجه احساس گناه ناشی از شکست آن‌ها را در معرض افسردگی قرار می‌دهد (Macedo, 2017). ارزیابی مجدد اثرات منفی بر خلق را کاهش می‌دهد و منجر به بهبود حالات هیجانی و کاهش استرس می‌شود. افراد مبتلابه اختلالات

---

1. Self-Scrutiny

هیجانی از این راهبرد به میزان کمتری استفاده می‌کنند (Montano et al., 2016; Schafer et al., 2017).

یافته دیگر پژوهش حاکی از آن بود که بین کمال‌گرایی دیگر محور و جامعه‌محور با دشواری تنظیم هیجان رابطه مثبت وجود دارد. این یافته با نتایج پژوهش (Castro et al., 2017) مطابقت می‌کند و بر حسب چند احتمال به این شرح تبیین می‌شود. شناخت‌های کمال‌گرایان مخصوصاً به وسیله پاسخ‌های مقابله شناختی نابهنجار مشخص می‌گردد. شناخت‌های کمال‌گرایان از موقعیتی ناشی می‌شود که در آن فرد کمال‌گرا از اختلاف بین معیارهای کمال‌گرایان و رفتارش آگاه می‌گردد. افرادی که در شناخت‌های کمال‌گرایان نمره بالایی می‌گیرند، تمایل دارند خوشان را برای رویدادها و پیامدهای منفی سرزنش کنند. یک نمونه از الگوهای شناختی این افراد بدین گونه است «من باید کامل باشم و اگر کامل نباشم این تقصیر من است». همچنین این افراد سطوح بالایی از نشخوار، تفکر درباره رویدادهای استرس‌زا و تمایل به فاجعه پنداری رویدادهای استرس‌زای بعدی دارند. کمال‌گرایان جامعه‌محور نوعی طرحواره رویدادهای منفی آینده را دارا هستند که در آن اشتباهات شخصی غیرقابل اجتناب است. این افراد نه تنها درگیر پیش‌بینی استرس هستند بلکه نقص در مکانیسم‌های تنظیم هیجان منجر به تداوم استرس و واکنش‌های اضطرابی می‌گردد (Rudolph et al., 2007). ابعاد منفی کمال‌گرایی با خود انتقادگری بالا همراه است و در موقع بروز استرس با واکنش منفی شدیدتر و احساس کنترل کمتر مشخص می‌شوند. احساس عدم کنترل بر شرایط با عاطفه منفی همراه است. عاطفه منفی هم به‌نوبه خود راهبردهای غیر انطباقی تنظیم هیجان، مثل خود سرزنشگری و نشخوارگری را فعال می‌کند (Castro et al., 2017).

در آخر، یافته‌ها نشان داد که دشواری تنظیم هیجان در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب نقش واسطه‌ای ایفا می‌کند. در تبیین این یافته می‌توان گفت که کمال‌گرایان به دلیل استفاده از راهبردهای غیر انطباقی تنظیم هیجان از قبیل نشخوار، سرزنش خود، سرزنش دیگران و فاجعه پنداری (Macedo, 2017; Schafer et al., 2017) ناتوانی در استفاده از راهبردهای انطاقی مثل ارزیابی مجدد مثبت و برنامه‌ریزی (Castro et al., 2017; Schafer et al., 2017) در معرض تجربه هیجان‌های منفی از قبیل افسردگی و اضطراب هستند (Aldao et al., 2010; Cisler et al., 2010; Ehring, 2010; Quoidbach, 2010).

این قبیل افراد به دلیل تجربه پریشانی ادراک‌شده بالا و ادراک کاهش منابع مقابله با استرس، خود را در مقابل شرایط محیطی خلع سلاح می‌بینند. کمال‌گرایان جامعه‌محور به دلیل ترس از طرد شدن از سوی دیگران مهم و جامعه(Cha, 2016; Lessin & Pardo, 2017)، قدرت ابراز وجود و احقاق حقوق را در خود

نمی‌بینند و لذا بهترین هدف برای تخلیه هیجان منفی و ابراز خشم را خودشان می‌بینند و افکار منفی و سرزنش را درونی‌سازی می‌کنند که خود را به شکل نشانه‌های افسردگی و اضطراب نشان می‌دهد. کمال‌گرایان در صورت احساس ناکامل بودن و برآورده نساختن معیارهای بالای دیگران، آن را فاجعه‌ای عظیم می‌پندارند که به سختی قابل جبران است و منجر به کاهش تلاش و قدرت ابتکار می‌شود. به تأخیر انداختن امور، که خود شیوه‌ای برای تنظیم خلق است، آن‌ها را هرچه بیشتر در معرض عاطفه منفی از قبیل نشانه‌های افسردگی و اضطراب قرار می‌دهد.

پیامدها و دستاوردهای پژوهش حاضر را می‌توان در دو سطح نظری و عملی بدین شرح مطرح کرد: در سطح نظری، یافته‌های این پژوهش موجبات افزایش آگاهی در زمینه عوامل مؤثر در پیدایش و تداوم نشانه‌های افسردگی و اضطراب را فراهم می‌کند. نتیجه این پژوهش تأییدی بر این فرض است که عوامل روان‌شناختی به شکل ساده و خطی منجر به آسیب‌های روان‌شناختی نمی‌شوند و در این زمینه باید به نقش تعاملی متغیرها توجه داشت. یافته‌های این پژوهش به گسترش مفاهیم و فرضیه‌های موجود در زمینه کمال‌گرایی و آسیب‌های روان‌شناختی، با در نظر گرفتن عوامل مؤثر متعدد کمک می‌کند. همچنین پرسش‌های جدیدی را مطرح می‌کند مبنی بر این‌که چه متغیرهای دیگری می‌توانند در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب نقش واسطه‌ای یا تعدیل‌کننده ایفا کنند؟ در سطح عملی، نتایج این پژوهش در زمینه پیشگیری و درمان اختلالات شایع و فراگیر افسردگی و اضطرابی می‌تواند امیدبخش باشد. با توجه به هزینه‌های گزاف فردی و اجتماعی که اختلالات افسردگی و اضطرابی دارند؛ شناخت عوامل مؤثر بر آن می‌توانند تا حدود زیادی به متخصصان سلامت روان در زمینه تدوین برنامه‌های پیشگیرانه برای این اختلالات مؤثر باشند.

محدودیت‌های پژوهش حاضر ایجاب می‌کند که تعمیم، تفسیرها و اسنادهای علت شناختی با احتیاط صورت گیرد. روش پژوهش حاضر از نوع همبستگی است که این امر تبیین‌های علت شناختی در روابط بین متغیرها را با محدودیت مواجه می‌سازد. نمونه مورد بررسی این پژوهش گروهی از دانشجویان دانشگاه تهران بودند. این امر تعمیم نتایج به دانشجویان سایر دانشگاه‌ها و جوامع بالینی را با احتیاط همراه می‌کند. انجام پژوهش‌های مشابه در مورد نمونه‌های مبتلابه اختلالات خلقی و اضطرابی، هم محدودیت‌های فوق را تا حدودی برطرف می‌کند و هم مقایسه بین دو گروه عادی و بیمار را میسر می‌سازد.

References

Adubale, A. A. (2017). Parenting Styles as Predicators of Anxiety and Depression of In-School Adolescents in Nigeria. *Journal of Africa Education Review*, *18*, 1- 11.

Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*, *30*(2), 217-237. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004

Altenstein-Yamanaka, D., Zimmermann, J., Krieger, T., Dörig, N., & & Grosse Holtforth, M. (2017). Self-reported interpersonal problems and impact messages as perceived by significant others are differentially associated with the process and outcome of depression therapy. *Journal of Counseling Psychology*, *64*, 410- 423.

Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2015). *Abnormal psychology: An integrative approach (7th ed).*. Belmont, CA: Wadsworth, Cengage Learning.

Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy of depression*.

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*, *56*(6), 893-897. https://doi.org/10.1037//0022-006x.56.6.893

Besharat, M. (2014). Psychometri properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire in a sample of Iranian population.

Besharat, M. A. (2005). Psychometric properties of Depression Anxiety Stress Scale in clinical and community samples.. *Unpublished research report*, *Tehran: University of Tehran*.

Besharat, M. A. (2006). Reliability and validity of the mental health inventory. daneshvar raftar,, *13*(16), (Special edition on psychology 6). https://www.sid.ir/en/Journal/ViewPaper.aspx?ID=82431

Besharat, M. A. (2007). Psychometric properties of Difficulty in Emotion Regulation Scale *Unpublished research report*, *Tehran: University of Tehran*.

Besharat, M. A. (2011). Development and validation of Tehran Multidimensional Perfectionism Scale. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, *30*, 79-83.

Besharat, M. A., & Farahman, H. (2017). The mediating role of difficulties in emotion regulation on the relationship between attachment pathologies and symptoms of depression and anxiety.

Besharat, M. A., Issazadegan, A., Etemadinia, M., Golssanamlou, S., & Abdolmanafi, A. (2014). Risk factors associated with depressive symptoms among undergraduate students. *Asian journal of psychiatry*, *10*, 21-26.

Castro, J., Soares, M. J., Pereira, A. T., & Macedo, A. (2017). Perfectionism and negative/positive affect associations: the role of cognitive emotion regulation and perceived distress/coping. *Trends Psychiatry Psychother*, *39*(2), 77-87. https://doi.org/10.1590/2237-6089-2016-0042

Cha, M. (2016). The mediation effect of mattering and self-esteem in the relationship between socially prescribed perfectionism and depression: Based on the social disconnection model. *Personality and Individual Differences*, *88*, 148-159.

Chang, E. C. (2017). Perfectionism and loneliness as predictors of depressive and anxious symptoms in African American adults: Further evidence for a top-down additive model. *Cognitive Therapy and Research*, *41*(5), 720-729.

Cisler, J. M., Olatunji, B. O., Feldner, M. T., & Forsyth, J. P. (2010). Emotion Regulation and the Anxiety Disorders: An Integrative Review. *J Psychopathol Behav Assess*,

32(1), 68-82. https://doi.org/10.1007/s10862-009-9161-1

Costa Jr, P. T., & McCrae, R. R. (2008). *The Revised Neo Personality Inventory (neo-pi-r)*. Sage Publications, Inc.

D'Avanzato, C., Joormann, J., Siemer, M., & Gotlib, I. H. (2013). Emotion regulation in depression and anxiety: examining diagnostic specificity and stability of strategy use. *Cognitive Therapy and Research*, *37*(5), 968-980.

Ehring, T., Tuschen-Caffier, B., Schnülle, J., Fischer, S., & Gross, J. J. (2010). Emotion regulation and vulnerability to depression: Spontaneous versus instructed use of emotion suppression and reappraisal. *Emotion*, *10*, 563- 572.

Eisenberg, N., Fabes, R. A., Guthrie, I. K., & Reiser, M. (2000). Dispositional emotionality and regulation: their role in predicting quality of social functioning. *Journal of Personality and Social Psychology*, *78*(1), 136.

Fekadu, N., Shibeshi, W., & & Engidawork, E. (2017). Major Depressive Disorder: Pathophysiology and Clinical Management. *Journal of Depression and Anxiety*, *6*, 255- 265.

Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2002). Perfectionism and maladjustment: An overview of theoretical, definitional, and treatment issues.

Frost, R. O., & Marten, P. A. (1990). Perfectionism and evaluative threat. *Cognitive Therapy and Research*, *14*(6), 559-572.

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, *26*(1), 41-54.

Gratz, K. L., Rosenthal, M. Z., Tull, M. T., Lejuez, C. W., & Gunderson, J. G. (2006). An experimental investigation of emotion dysregulation in borderline personality disorder. *J Abnorm Psychol*, *115*(4), 850-855. https://doi.org/10.1037/0021-843X.115.4.850

Gratz, K. L., & Tull, M. T. (2010). Emotion regulation as a mechanism of change in acceptance-and mindfulness-based treatments. *Assessing mindfulness and acceptance processes in clients: Illuminating the theory and practice of change*, *2*, 107-133.

Gross, J. J. (2014). Emotion regulation: conceptual and empirical foundations.

Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal Personality Social Psychology*, *60*(3), 456-470. https://doi.org/10.1037//0022-3514.60.3.456

Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Baer, B. A., Ureno, G., & Villasenor, V. S. (1988). Inventory of interpersonal problems: psychometric properties and clinical applications. *Journal Consult Clinical Psychology*, *56*(6), 885-892. https://doi.org/10.1037//0022-006x.56.6.885

Kiernan, J., Etherton, R., Kiernan, J., & Zavos, P. (2017). *Women with Anxiety and Depression: Out of the Darkness and into the Light*. M. W. H. 4.

Klemanski, D. H., Curtiss, J., McLaughlin, K. A., & Nolen-Hoeksema, S. (2017). Emotion Regulation and the Transdiagnostic Role of Repetitive Negative Thinking in Adolescents with Social Anxiety and Depression. *Cognit Ther Res*, *41*(2), 206-219. https://doi.org/10.1007/s10608-016-9817-6

Lasota, M. T., & Kearney, C. A. (2017). Maladaptive perfectionism and depression and state-trait anxiety: A mediational analysis with self-esteem. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *36*(4), 346-357.

Lessin, D. S., & Pardo, N. T. (2017). The impact of perfectionism on anxiety and depression. *Journal of psychology and cognition*, *2*(1), 78-82.

Lovibond, P. F. (1998). Long-term stability of depression, anxiety, and stress syndromes. *J Abnorm Psychol*, *107*(3), 520-526. https://doi.org/10.1037//0021-843x.107.3.520

Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behav Res Ther*, *33*(3), 335-343. https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-u

Macedo, A., Marques, C., Quaresma, V., Soares, M. J., Amaral, A. P., Araújo, A. I., & Pereira, A. T. (2017). Are perfectionism cognitions and cognitive emotion regulation strategies mediators between perfectionism and psychological distress? *Personality and Individual Differences*, *119*, 46-51.

Macedo, A., Marques, C., Quaresma, V., Soares, M. J., Amaral, A. P., Araújo, A. I., & Pereira, A. T. (2017). Are perfectionism cognitions and cognitive emotion regulation strategies mediators between perfectionism and psychological distress?. *Personality and Individual Differences*, *119*, 46- 51.

Montano, A., Battagliese, G., Borzì, R., Cappelluccio, R., Perrini, F., & Vadalà, R. (2016). Maladaptive Perfectionism and Interpersonal Problems: The Mediating Effect of Emotional Dysregulation in a Clinical Population. *Journal of Psychiatry and Mental Health*, *2*, 1-9.

Norton, P. J. (2007). Depression Anxiety and Stress Scales (DASS-21): psychometric analysis across four racial groups. *Anxiety Stress Coping*, *20*(3), 253-265. https://doi.org/10.1080/10615800701309279

Quoidbach, J., Berry, E. V., Hansenne, M., & Mikolajczak, M. (2010). Positive emotion regulation and well-being: Comparing the impact of eight savoring and dampening strategies. *Personality and Individual Differences*, *49*, 368- 373.

Rudolph, S. G., Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2007). Perfectionism and deficits in cognitive emotion regulation. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, *25*(4), 343-357.

Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (Eleventh edition) ed). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Schafer, J. O., Naumann, E., Holmes, E. A., Tuschen-Caffier, B., & Samson, A. C. (2017). Emotion Regulation Strategies in Depressive and Anxiety Symptoms in Youth: A Meta-Analytic Review. *J Youth Adolesc*, *46*(2), 261-276. https://doi.org/10.1007/s10964-016-0585-0

Scheffold, K., Philipp, R., Koranyi, S., Engelmann, D., Schulz-Kindermann, F., Harter, M., & Mehnert, A. (2018). Insecure attachment predicts depression and death anxiety in advanced cancer patients. *Palliat Support Care*, *16*(3), 308-316. https://doi.org/10.1017/S1478951517000281

Sherry, D. L., Sherry, S. B., Hewitt, P. L., Mushquash, A., & Flett, G. L. (2015). The existential model of perfectionism and depressive symptoms: Tests of incremental validity, gender differences, and moderated mediation. *Personality and Individual*

Differences, *76*, 104- 110.

Smith, M. M., Saklofske, D. H., Yan, G., & Sherry, S. B. (2017). Does perfectionism predict depression, anxiety, stress, and life satisfaction after controlling for neuroticism? *Journal of Individual Differences*.

Stoeber, J., & Otto, K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: approaches, evidence, challenges. *Pers Soc Psychol Rev*, *10*(4), 295-319. https://doi.org/10.1207/s15327957pspr1004_2

Veit, C. T., & Ware, J. E., Jr. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general populations. *J Consult Clin Psychol*, *51*(5), 730-742. https://doi.org/10.1037//0022-006x.51.5.730

Vigo, D., Thornicroft, G., & Atun, R. (2016). Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry*, *3*(2), 171-178. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00505-2

Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *J Pers Soc Psychol*, *54*(6), 1063-1070. https://doi.org/10.1037//0022-3514.54.6.1063

The Mediating Role of Difficulties in Emotion Regulation on the Relationship between Dimensions of Perfectionism and Depression and Anxiety Symptoms

[a]Mohammad Ali Besharat*
[a]Hadi Farahmand
[b]Fatemeh Ebrahimi

[a]Tehran University
[b]Tarbiat Madares University

Abstract

Purpose: The aim of present study was to examine the mediating role of difficulties in emotion regulation on the relationship between dimensions of perfectionism and depression/anxiety symptoms.

Method: The present research was a correlational study with the path analysis model. A total of 528 students at the university of Tehran (274 females, 254 males) were selected by the randomized cluster sampling method. Participants completed the Tehran Multidimensional Perfectionism Scale, Depression Anxiety Stress Scale, and Difficulties in Emotion Regulation Scale.

Findings: The results indicated that the hypothesized model had a good fit with the observed data. Other-oriented perfectionism, socially-prescribed perfectionism, and difficulty in emotion regulation showed a significantly positive correlation with depression and anxiety symptoms. Path analysis indicated that the relation between dimension of perfectionism and depression/anxiety symptoms mediated by difficulties in emotion regulation. Considering these variables are important in the prevention, diagnosis and treatment of depression and anxiety symptoms as well as in promoting mental health among general population.

Keywords: Perfectionism, Emotion Regulation, Depression, Anxiety

* . besharat@ut.ac.ir